

200 18 140 IV
SCP/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. November 2018

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 17. Januar 2018



Sachverhalt:

A.

Der im Januar 2007 geborene A._____ wurde erstmals am 3. April 2007 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle Bern (IVB) angemeldet; beantragt wurden medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit den Geburtsgebrechen Ziff. 303 und 352 Anhang GgV (Akten der IVB [act. II] 1). Am 25. Mai 2007 erteilte die IVB Kostengutsprache für die Behandlung der Geburtsgebrechen Ziff. 303 und 355 Anhang GgV (act. II 5).

B.

Wegen einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) wurde A._____ am 20. Januar 2017 erneut zum Leistungsbezug bei der IVB angemeldet (act. II 7). Die IVB holte medizinische Berichte ein (act. II 15, 19), welche sie dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme vorlegte mit der Frage, ob sich aus den Berichten schliessen lasse, dass bereits vor dem 5. Altersjahr autismspezifische Symptome festgehalten worden seien und ob aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Geburtsgebrechen Ziff. 405 Anhang GgV vorliege (act. II 20). In ihrer Beurteilung vom 15. Mai 2017 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. D._____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie FMH, fest, dass vor Vollendung des 5. Lebensjahres keine Auffälligkeiten im Sinne einer autistischen Störung von Fachpersonen erwähnt worden seien; versicherungsmedizinisch sei das Geburtsgebrechen Ziff. 405 Anhang GgV nicht ausgewiesen (act. II 21).

Daraufhin stellte die IVB mit Vorbescheid vom 23. Mai 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens für medizinische Massnahmen in Aussicht (act. II 22). Hiergegen liessen die Eltern des Versicherten, vertreten durch die B._____, Rechtsanwältin C._____, am 13. Juni 2017 und mit ergänzender Begründung vom 7. Juli 2017 (act. II 23, 33) Einwand erheben mit den Anträgen, auf das Leistungsbegehren sei einzutreten und dem

Versicherten seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Nach Eingang eines Verlaufsberichtes vom 30. August 2017 (act. II 35) bestätigte die RAD-Ärztin ihre bisherige Beurteilung hinsichtlich der geltend gemachten Autismus-Störung, befürwortete hingegen eine Unterstützung nach Art. 12 IVG (act. II 37).

Mit Verfügung vom 17. Januar 2018 wies die IVB das Leistungsbegehren in Bezug auf die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 Anhang GgV ab; zum weiteren Abklärungsergebnis und zum erhobenen Einwand nahm sie in der Verfügung Stellung (act. II 43). Am 18. Januar 2018 teilte die IVB mit, dass sie Kostengutsprache für Psychotherapie in der Zeit vom 10. Februar 2017 bis 31. Januar 2019 (Revision) erteile (act. II 45).

C.

In der am 16. Februar 2018 erhobenen Beschwerde lässt der Versicherte, weiterhin vertreten durch die B._____, Rechtsanwältin C._____, beantragen, die Verfügung vom 17. Januar 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, dass entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin beim Versicherten bereits vor dem fünften Altersjahr eine Autismus-Spektrum-Störung erkennbar gewesen sei; die IVB habe in ungenügender Weise berücksichtigt, dass beim Versicherten keine klassische Form des Autismus, sondern ein atypischer Autismus diagnostiziert worden sei, bei welchem nicht vorausgesetzt werde, dass in sämtlichen diagnostischen Bereichen Symptome nachweisbar seien.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. April 2018 beantragt die IVB unter Hinweis auf eine beigelegte nochmalige Stellungnahme des RAD vom 19. März 2018 die Abweisung der Beschwerde.

Im Rahmen der instruktionsrichterlich gebotenen Gelegenheit, hierzu Stellung zu nehmen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 12. April 2018), bestätigte der Beschwerdeführer den bisher vertretenen Standpunkt sowie die gestellten Anträge mit Eingabe vom 11. Mai 2018.

In der Folge traf der Instruktionsrichter weitere Abklärungen, insbesondere forderte er den Beschwerdeführer mit den prozessleitenden Verfügungen vom 14. Juni 2018 bzw. 29. Juni 2018 unter Hinweis auf die ihn treffende Beweislast sowie Mitwirkungspflicht auf, die im Rahmen der Krankengeschichte echtzeitlich erfolgten Aufzeichnungen des vorbehandelnden Arztes Dr. med. E._____ in vollständiger Ausführung vorzulegen bzw. deren Vorlage durch den neu behandelnden Hausarzt zu veranlassen.

Nach Eingang weiterer Unterlagen (Beschwerdebeilage [act. IA] 13 ff.) sowie der Antwort von Dr. med. F._____ auf das instruktionsrichterliche Schreiben vom 15. Mai 2018 (bei den Gerichtsakten) hielt die IVB in ihrer Duplik vom 7. August 2018 – nach nochmaliger Konsultation des RAD – an den in der Beschwerdeantwort gestellten Rechtsbegehren fest. Gleiches gilt für die von den Parteien am 6. September bzw. 20. September 2018 abgegebenen Schlussbemerkungen sowie den aufgrund der vom Beschwerdeführer eingereichten weiteren Beweismittel vorgelegten Stellungnahmen der IVB vom 5. Oktober 2018 (samt neuerlichem Bericht des RAD vom 4. Oktober 2018) bzw. des Beschwerdeführers vom 2. November 2018.

Am 5. November 2018 ersuchte der Instruktionsrichter den – den Beschwerdeführer seit Januar 2013 – behandelnden Arzt, Dr. med. G._____, dem Gericht die ab 7. Februar 2010 gemachten Aufzeichnungen des vorbehandelnden Dr. med. E._____ – die ihm über den zwischenzeitlich behandelnden Dr. med. F._____ zugekommen sein dürften – vollständig zur Verfügung zu stellen. Diese Unterlagen gingen am 9. November 2018 beim Gericht ein. Sie stimmten mit der den Parteien bereits bekannten Beschwerdebeilage act. I 5 überein.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerden einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. Januar 2018 (act. II 43). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 405 Anhang GgV.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG).

2.1.1 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden; er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG).

2.1.2 Mit Art. 13 Abs. 2 IVG wurde dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, aus der Gesamtheit der Geburtsgebrechen im medizinischen Sinne jene auszuwählen, für welche medizinische Massnahmen der IV zu gewähren sind (Geburtsgebrechen im Rechtssinne des IVG; BGE 122 V 113 E. 3a cc S. 119). Der Bundesrat verfügt dabei über einen weiten normativen Ermessensspielraum (BGE 105 V 21; AHI 1999 S. 168 E. 2b). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang zur Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgeführt. Die Frage, ob ein Geburtsgebrechen im Rechtssinne vorliegt, ist nicht prognostisch, sondern retrospektiv zu beurteilen; wird zwar ursprünglich eine Geburtsgebrechen-Diagnose gestellt, erweist sich diese aber nachträglich als falsch, sind die Leistungsvoraussetzungen nicht erfüllt (SVR 2009 IV Nr. 18 S. 48 E. 3.3 und 3.4).

2.1.3 Geburtsgebrechen nehmen in der Invalidenversicherung eine Sonderstellung ein. Denn bis zum vollendeten 20. Altersjahr können Versicherte gemäss Art. 8 Abs. 2 IVG unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen beanspruchen. Eingliederungszweck ist die Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (BGE 115 V 202 E. 4e cc S. 205; Entscheid des BGer vom 21. Mai 2015, 8C_664/2014, E. 2.2). Demgegenüber fällt die Behandlung des Leidens an sich nicht in den Aufgabenbereich der Invaliden-, sondern in denjenigen der sozialen Kranken- und

Unfallversicherung (vgl. Art. 12 Abs. 1 IVG; Entscheid des BGer vom 9. April 2014, 8C_106/2014, E. 7.1).

2.2 Um den Leistungsanspruch beurteilen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.2.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.2.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

3.1 Zur medizinischen Befunderhebung und Diagnostik ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.1.1 Dr. phil. H._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie FSP, und Dr. med. I._____, Facharzt FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, von der Psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft J._____ stellten im Rahmen der Kinderpsychologischen Sprechstunde vom 16. Januar bis 18. Februar 2013 beim Versicherten unter den Bedingungen einer äusserst wohlwollenden, supportiven und sicherheitsvermittelnden Testatmosphäre aktuell einen allgemeinen Entwicklungsrückstand mit/bei im Vordergrund stehenden grossen sprachlichen Auffälligkeiten (expressive und rezeptive Sprache) fest. Altersgerechte Fähigkeiten hätten sich unter diesen Testbedingungen bei räumlich-konstruktiven und allgemein bei handlungsbezogenen Anforderungen gezeigt. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte auf Grund seiner erheblichen sprachlichen Schwierigkeiten, welche bisher noch nicht logopädisch behandelt worden seien, zunehmend überfordert gewesen sei und im Rahmen dieser Überforderung zunehmend aggressiv-ausagierendes bis hin zu selbstverletzendem Verhalten gezeigt habe. Auch die Müdigkeit sei bei unauffälligen somatischen Befunden im Rahmen dieser Überforderung zu interpretieren. Diese Hypothese werde auch gestützt durch die Rückmeldung der Kindseltern, wonach sich alle Verhaltensauffälligkeiten nach ca. vier-wöchigem Fernbleiben vom Kindergarten langsam zurückbildeten und der Versicherte wieder fröhlicher und leistungsbereiter wirke (act. II 19 S. 23-27).

Die gleichen Therapeuten berichteten am 17. Februar 2014, beim Versicherten lasse sich – beim nunmehr klinisch deutlich gereiften Knaben mit/bei deutlich besserem Arbeitsverhalten und nun guter Kooperationsbereitschaft – nach wie vor ein diskrepantes Entwicklungs-/Leistungsprofil objektivieren. Im Vordergrund stehe eine ausgeprägte sprachliche Problematik/Teilleistungsstörung (Wortschatz, serielle Merkfähigkeit, phonologisches Arbeitsgedächtnis, verlangsamter Wortabruf). Altersgerechte Fähigkeiten zeigten sich bei räumlich-konstruktiven und allgemein bei handlungsbezogenen Anforderungen; ebenso zeige der Versicherte gute Vorläuferfertigkeiten im rechnerischen Bereich. Das Arbeitsverhalten habe sich allgemein verbessert, hinsichtlich des auffallend verlangsamten Arbeitstempus dagegen verschlechtert. Aufgrund der Befunde sei eine Einschulung in die Sprachheilschule indiziert (act. II 19 S. 17-20).

3.1.2 In seinem Bericht vom 15. Februar 2016 hielt der den Versicherten ab Januar 2013 behandelnde Dr. med. F. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, als Diagnose Verhaltensschwierigkeiten (mit/bei DD Überforderungssituation bei kognitiv grenzwertiger Leistungsfähigkeit und sprachlicher Teilleistungsstörung, Angsterkrankung), ein grenzwertiges Entwicklungs-Leistungsprofil mit ausgeprägter sprachlicher Teilleistungsstörung (St. n. Logopädie, St. n. Früherziehung 3/13 bis 8/14) sowie ein normosensorisches Spätschielen (mit/bei St. n. Schieloperation 3/11) fest. Die damalige Abklärung (erstmaliges Auftreten der Überforderungssituation im Januar 2013) habe einen Gesamt-IQ von 81 mit sehr unausgeglichene[m] Leistungsprofil ergeben, eher nicht klassisch einer geistigen Behinderung entsprechend, sondern wahrscheinlich sei eine Entwicklungsstörung auf Grund der grossen Sprachproblematik entstanden (act. II 19 S. 15).

3.1.3 Auf Anregung der Kinder- und Jugendpraxis K. _____ wurde die Verdachtsdiagnose Asperger-Syndrom fachärztlich abgeklärt (act. II 19 S. 14); der hiermit betraute Dr. med. L. _____, Facharzt FMH für Kinderneurologie, nannte in seinem Bericht vom 26. Dezember 2016 als Diagnosen eine Autismus-Spektrum-Störung sowie ein normo-sensorisches Spätschielen. Die seit Kleinkindesalter (Früherziehung, Logopädie) immer wieder aufgetretenen Bedürfnisse seien nachvollziehbar, ebenso die schulischen Massnahmen. Weder anamnestisch noch klinisch hätten sich Hinweise auf neurologische Defizite oder für eine fortschreitende neurodegenerative Erkrankung gefunden (act. II 19 S.9-11). Ein anschliessend durchgeführtes EEG habe keine erhöhte zerebrale Erregbarkeit oder für herdförmige Störungen gezeigt (act. II 19 S. 7 f.).

3.1.4 Dr. med. M. _____, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie diagnostizierte in ihrem Bericht vom 5. Mai 2017 zuhanden der IVB eine Autismus-Spektrum-Störung, atypischer Autismus (ICD-10: F84.1; Diagnose erstmals gestellt am 11. November 2016 durch die Referentin), eine reaktiv depressive Störung mit rezidivierenden Erschöpfungszuständen und heftigen Impulsdurchbrüchen zuhause sowie eine kognitive Leistungsfähigkeit im Bereich einer Lernbehinderung. Der Gesundheitszustand wirke sich seit dem Kindergarten auf den Schulbesuch aus; der Versicherte sei durch Früherziehung und Logopädie unterstützt

worden. Er brauche intensive Betreuung. Als aktuelle Symptome werden auffällige Kommunikation, rasche Reizüberflutung, heftige Impulsdurchbrüche, fehlende Flexibilität bei unerwarteten Veränderungen und häufiges Fernbleiben vom Unterricht wegen Erschöpfung beschrieben (act. II 19 S. 2-6).

3.1.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ hielt in ihrem Bericht vom 15. Mai 2017 fest, dass der Verdacht auf das Vorliegen einer autistischen Störung ein erstes Mal im Alter von 9 Jahren entstanden sei. Eine klare Diagnose im Sinne eines frühkindlichen Autismus oder eines Aspergersyndroms habe nicht gestellt werden können; gegen das Vorliegen eines Aspergersyndroms spräche die Sprachentwicklungsverzögerung und für das Vorliegen eines frühkindlichen Autismus fehlten Belege von Auffälligkeiten vor dem vollendeten 5. Lebensjahres. Ein atypischer Autismus bedinge ebenso das Vorliegen einer auffälligen Entwicklung mit Beginn im oder nach dem dritten Lebensjahr, qualitative Auffälligkeiten der sozialen Interaktion und begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen, was vorliegend vor Vollendung des fünften Lebensjahres nicht von Fachpersonen festgehalten worden sei. Ebensovienig lägen Fachberichte aus späteren Zeiten vor, die eine solche Symptomatik vor dem fünften Geburtstag bestätigten. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei das Geburtsgebrechen Ziff. 405 Anhang GgV nicht ausgewiesen (act. II 21).

3.1.6 Am 16. Juni 2017 führte Dr. med. M._____ – nach Kenntnisnahme vom Vorbescheid – aus, dass die diagnostischen Kriterien des atypischen Autismus den Richtlinien für frühkindlichen Autismus entsprächen, abgesehen davon, dass das Manifestationsalter verspätet sei und/oder notwendige Symptome aus einem der drei kritischen Störungsbereiche (soziale Interaktion, Kommunikation, repetitiv-stereotype Verhaltensweisen) fehlten. Beim Versicherten liege ein Autismus mit atypischem Erkrankungsalter und atypischer Symptomatologie vor; bei dieser Störung seien autimustypische Symptome vor Erreichen des 5. Lebensjahres nicht zwingend vorhanden (act. II 27 S. 1).

3.1.7 Zum vorstehenden Bericht nahm die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ am 29. Juni 2017 (act. II 31 S. 2) Stellung und führte aus, dass keine neuen medizinischen Fakten vorgebracht worden seien, welche die

Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 Anhang GgV rechtfertigen würde; es fehle der Nachweis von krankheitsspezifischen, therapiebedürftigen Symptomen vor Vollendung des 5. Lebensjahres im Sinne von Randziffer 405 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME).

3.1.8 Dr. med. N._____, Kinder- und Jugendpraxis K._____, attestierte am 30. August 2017 einen stationären Gesundheitszustand; der Versicherte sei am 14. August 2017 in die Klinik P.____ (Tagesklinik; teilstationäre Behandlung) eingetreten. Medizinisch werde zweimal monatlich Psychotherapie durchgeführt zwecks Stärkung der Eltern in ihrer Erziehungsfähigkeit sowie Stellung der richtigen Diagnose; angestrebt werde die weitere Festigung und Stärkung und Begleitung der Eltern (act. II 35).

3.1.9 Im Bericht vom 3. Oktober 2017 bestätigte die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ ihre vorangegangene Beurteilung, dass das Geburtsgebrechen Ziff. 405 Anhang GgV nicht anerkannt werden könne. Die installierte Behandlung ziele darauf ab, die Beschulungsfähigkeit wieder herzustellen und damit die spätere Erwerbsfähigkeit vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren; es könne deshalb Unterstützung nach Art. 12 IVG zugesprochen werden (act. II 37 S. 4 f.).

3.1.10 Dr. med. E._____, der den Versicherten von Geburt an bis mindestens September 2012 hausärztlich betreut hat, berichtete in der Krankengeschichte – soweit die Aufzeichnungen überhaupt entzifferbar sind – von wiederholten Infektionen (Husten, Grippe, Ohren), von operativen Eingriffen (Phimose, Hypospadie, Strabismus) und Verletzungen nach Unfällen (Verklebung von Wimpern, Sturz mit Dreirad); hingewiesen wird allgemein auf einen gewissen Entwicklungsrückstand (Untersuchung vom 12. Januar 2009 (act. II 46 S. 25 f.).

3.1.11 In der im Rahmen der Beschwerdeerhebung eingeholten Stellungnahme der psychiatrischen Dienste O._____ vom 7. Februar 2018 wurde ausgeführt, dass aus Sicht der psychiatrischen Dienste O._____ vor dem vollendeten 5. Lebensjahr bereits Auffälligkeiten erkennbar gewesen seien, die auf eine Autismus-Spektrum-Störung hindeuteten. Es wurde darauf hingewiesen, dass Dr. med. E._____ den Patienten im Januar 2009

als wenig entwickelt und Dr. med. F. _____ im Januar 2013 eine schwere Verhaltensproblematik mit/bei v.a. oppositionellem und mutistischem Verhalten, zunehmend aggressiven Reaktionen und Vd.a. eine Sprachverwerbsstörung, DD Autismus-Spektrum-Störung, beschrieben hätten. Geschildert werden sodann die klinischen Beobachtungen während der aktuellen kinderpsychiatrischen Behandlung des Patienten in der Klinik P. _____ der psychiatrischen Dienste O. _____ (Beschwerdebeilage [act. I] 4).

3.1.12 In den im Laufe des vorliegenden Gerichtsverfahrens eingereichten ergänzenden Stellungnahmen vom 19. März, 6. August sowie insbesondere vom 4. Oktober 2018 (bei den Gerichtsakten) führte die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ aus, dass und warum auch im Lichte der vom Beschwerdeführer vorgelegten ärztlichen Berichte nicht davon ausgegangen werden könne, die Anforderungen für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 Anhang GgV seien ausgewiesen; krankheitsspezifische, therapiebedürftige autistische Symptome seien bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres nicht zu beobachten gewesen.

3.2 Die Tragweite der Anspruchsvoraussetzung von Ziff. 405 Anhang GgV richtet sich nach dieser medizinischen Ausgangslage. Das Merkmal der bis zur Vollendung des 5. Lebensjahrs gegebenen Erkennbarkeit soll es ermöglichen, die prä- oder perinatale Autismus-Spektrum-Störung von nachgeburtlich entstandenen gleichartigen Leiden abzugrenzen (vgl. Art. 3 Abs. 2 ATSG). Daher ist die Altersgrenze, bis zu welcher sich das Gebrechen manifestiert haben muss, relativ tief angesetzt. Ziff. 405 Anhang GgV setzt aber keine diagnostische Festlegung bis zum festgesetzten Alter voraus. Die Voraussetzung einer erkennbaren Störung im Sinne von Ziff. 405 Anhang GgV wird in einer Weisung zuhanden der Verwaltung konkretisiert. Danach sind hinreichend bestimmte Anhaltspunkte für eine autistische Störung gegeben, wenn zum vollendeten 5. Lebensjahr "krankheitsspezifische, therapiebedürftige Symptome" bestanden (Ziff. 405 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME]). Nach dem Gesagten darf das Erfordernis "krankheitsspezifischer" Symptome nicht derweise verstanden werden, die Symptomatik habe vor dem fünften Geburtstag so klar

ausgebildet gewesen sein müssen, dass bereits damals ohne weiteres die zutreffende spezifische Diagnose hätte gestellt werden können. Nach der Konzeption der GgV besteht bei nachträglicher Diagnose schon dann hinreichende Gewissheit darüber, dass die Störung auf die Geburt zurückreicht, wenn bis zum 5. Geburtstag autistischem Symptomen verzeichnet wurden, welche eine (auch noch nicht endgültig spezifizierbare) Störung im fachmedizinischen Sinn auswiesen. Anhand der vor vollendetem 5. Lebensjahr festgehaltenen Befunde muss davon ausgegangen werden können, dass die nachträglich diagnostizierte Störung mit der damaligen identisch ist. Mithin ist das Vorhandensein einer bereits vollständig ausgebildeten, also autistischem Symptomatik nicht notwendig. In beweisrechtlicher Hinsicht folgt aus der Möglichkeit einer retrospektiven diagnostischen Festlegung, dass nicht nur sogenannte "echtzeitlich" getroffene ärztliche Feststellungen massgebend sind, sondern auch spätere, soweit sie Rückschlüsse auf eine rechtzeitige Erkennbarkeit der Störung zulassen. Allerdings ist eine nachträgliche Schilderung von Symptomen mit zunehmender zeitlicher Distanz kritisch zu würdigen, dürfte eine solche doch oftmals von späteren Beobachtungen überlagert sein. Im Einzelfall muss daher schlüssig dargetan sein, dass die betreffende Anamnese nicht bloss aktuelle Feststellungen in die Vergangenheit projiziert (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 1. Mai 2013, 9C_682/2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.3 Vorliegend stellt sich beim am 10. Januar 2007 geborenen Beschwerdeführer als relevanter Überprüfungszeitraum die Zeit bis zum Januar 2012 dar. Sachverhaltsmässig ist dabei erstellt, dass der Beschwerdeführer bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres bei Dr. med. E. _____ in hausärztlicher Behandlung stand; in dessen echtzeitlichen Aufzeichnungen der Krankengeschichte finden sich bis zum massgebenden Zeitpunkt keine Hinweise auf autistischem Symptomen. Berichtet wird darin – soweit im vorliegenden Zusammenhang von Interesse – von einem festgestellten Entwicklungsrückstand.

Später erstellte ärztliche Berichte könnten durchaus von Beweisrelevanz sein, sofern sie Rückschlüsse auf die Verhältnisse im Überprüfungszeitraum zulassen. Zu solchen Berichten wäre allenfalls

diejenigen der Psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft J. _____ (vgl. E. 3.1.1 hiervor), sowie von Dr. med. F. _____ (vgl. E. 3.1.2 hiervor) zu rechnen. Erstere stellte einen allgemeinen Entwicklungsrückstand mit/bei im Vordergrund stehenden grossen sprachlichen Auffälligkeiten (expressive und rezeptive Sprache) fest, was im Rahmen einer Überforderung interpretiert wurde; und der den Beschwerdeführer ab Januar 2013 behandelnde Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Februar 2016 Verhaltensschwierigkeiten (DD Überforderungssituation) sowie ein grenzwertiges Entwicklungs-Leistungsprofil mit ausgeprägter sprachlicher Teilleistungsstörung, wobei er auf ähnliche Episoden mit Überforderungssymptomen (erstmalig im Januar 2013) hinwies. Die Verhaltensauffälligkeiten seien, wie er im Schreiben vom 30. Juli 2018 zuhanden des Gerichts festhält, nie als Folge der psychosozialen Belastungsfaktoren interpretiert, sondern die Symptome als eigenständiger Gesundheitsschaden beurteilt worden, wobei damals noch nicht klar gewesen sei, ob es sich um eine Autismusspektrumstörung gehandelt habe. Dr. med. M. _____ räumte schliesslich in ihrer Stellungnahme vom 16. Juni 2017 ein, dass das Manifestationsalter verspätet sei und/oder notwendige Symptome aus einem der drei kritischen Störungsbereiche (soziale Interaktion, Kommunikation, repetitiv-stereotype Verhaltensweisen) fehlten (vgl. E. 3.1.6 hiervor). Damit bestätigt sie letztlich, dass vor Vollendung des 5. Lebensjahres des Versicherten keine autismusspezifischen Symptome erkennbar gewesen seien, wie dies eben zur Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 Anhang GgV vorausgesetzt wird; dass sie dies auf das Vorliegen eines atypischen Autismus zurückführt, vermag nichts daran zu ändern, dass bis zur massgeblichen zeitlichen Grenze keine einschlägigen Symptome erkennbar gewesen sind.

Auch aus den übrigen zur Verfügung stehenden ärztlichen Berichten ergibt sich nichts zu Gunsten der Argumentation des Beschwerdeführers: Im jüngsten Bericht vom 2. Oktober 2018 hat sich RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ nochmals einlässlich mit den von den behandelnden Ärzten vertretenen Standpunkten auseinandergesetzt. Im Lichte dieser Berichte hält sie insbesondere fest, dass ein autistisches Kind eben gerade nicht in der Lage sei, die seinerzeit attestierte enorme Kompensationsleistung zu erbringen; solches Geschehen könnte auch anderen ICD-10-Diagnosen

zugeordnet werden. Sodann seien Ablenkbarkeit und Abschweifen Zeichen einer Aufmerksamkeitsstörung; sie könnten zwar auch mit autistischen Störungen einhergehen, seien für deren Vorliegen aber nicht beweisend. Differentialdiagnostische Überlegungen seien nicht angestellt und die psychosozialen Umstände diagnostisch nicht beurteilt worden. Die während des tagesklinischen Aufenthalts erneut aufgenommene Anamnese aus der Kleinkindzeit schildere ab dem zweiten Kindergartenjahr deutlichere Überforderungszeichen und zunehmende Verhaltensauffälligkeiten, ab Herbst 2012 mit Wutausbrüchen, destruktivem Verhalten, Ablehnen von Berührungen, sich verschliessen sowie sozialem Rückzug, was erneut ein psychoreaktives Geschehen nahelege. Dass eine Symptomatik vor dem 5. Lebensjahr bestanden habe, beweise allein noch nicht das Vorliegen eines Autismus. Die erste Überweisung zur kinderpsychiatrischen Untersuchung sei wegen ausagierendem, oppositionellem und selbstverletzendem Verhalten durch Dr. med. Q. _____ im Januar/Februar 2013 veranlasst sowie eine zweite im Januar/Februar 2014 durchgeführt worden; dabei sei weder eine Autismusdiagnose gestellt noch ein entsprechender Verdacht geäussert worden. Die zum 5. Geburtstag zeitnahesten kinderpsychiatrischen Untersuchungen hätten keine autistische Symptomatik erkennen lassen und auch der Bericht der Kindergärtnerin enthalte keine Beschreibung autistischer Symptome. Ob die gestellte Diagnose eines atypischen Autismus tatsächlich zutreffend ist, was die RAD-Ärztin grundsätzlich in Frage stellt, kann hier letztlich offen bleiben, geht es vorliegend doch einzig darum, ob bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres beim Beschwerdeführer eine autistische Symptomatik erkennbar gewesen ist oder nicht.

Das Gericht hat hinsichtlich dieser Frage keine Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. D. _____, welche insbesondere in ihrem Bericht vom 2. Oktober 2018 nachvollziehbar und mit einleuchtender Begründung dargelegt hat, dass die zur Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 Anhang GgV vorausgesetzte Symptomatik bis zum 5. Geburtstag des Beschwerdeführers nicht nachgewiesen sei. Diesem Bericht kommt volle Beweiskraft zu.

Angesichts der echtzeitlichen Befundlage kann somit nicht gesagt werden, es hätten vor Vollendung des 5. Lebensjahrs des Versicherten, d.h. vor

dem 10. Januar 2012, hinreichend bestimmte Anhaltspunkte für eine autistische Störung bestanden, so dass davon ausgegangen werden könnte, die entsprechende Störung sei bereits als solche „erkennbar“ im Sinne der Rechtsprechung gewesen.

3.4 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung vom 17. Januar 2018 ist mithin nicht zu beanstanden; die dagegen erhobene Beschwerde ist dementsprechend abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.— bis Fr. 1'000.— festzulegen.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.—, dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.— werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 2. November 2018)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.